

的调整与对策[J]. 护理学杂志, 2023, 38(10): 117-120.

[8] 靳修. 高龄老年患者出院后 6 个月的过渡期照护现状及影响因素研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2016.

[9] 朱榕. 基于 ABC-X 模型的老年痴呆照护者照护能力现状及影响因素的研究[D]. 贵州: 遵义医学院, 2018.

[10] Realdon O, Rossetto F, Nalin M, et al. Technology-enhanced multi-domain at home continuum of care program with respect to usual care for people with cognitive impairment: the Ability-TelerehABILITation study protocol for a randomized controlled trial[J]. BMC Psychiatry, 2016, 16(1): 425.

[11] Yao S S, Cao G Y, Han L, et al. Prevalence and patterns of multimorbidity in a nationally representative sample of older Chinese: results from the China health and retirement longitudinal study[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2020, 75(10): 1974-1980.

[12] 何瑜璇. 推广和完善中国长期照护服务体系的探与思[J]. 西南金融, 2023(1): 101-116.

[13] Afram B, Verbeek H, Bleijlevens M H, et al. Needs of informal caregivers during transition from home towards

institutional care in dementia: a systematic review of qualitative studies[J]. Int Psychogeriatr, 2015, 27(6): 891-902.

[14] Roche L, MacCann C, Croot K. Predictive factors for the uptake of coping strategies by spousal dementia caregivers: a systematic review[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2016, 30(1): 80-91.

[15] 吕露露, 胡力云, 孟静, 等. 脑卒中家庭照护者照护能力的影响因素及干预研究进展[J]. 全科护理, 2016, 14(14): 1417-1422.

[16] Mortazavi H, Peyrovi H, Joolae S. How do family caregivers of older people give up caregiving[J]. Int J Community Based Nurs Midwifery, 2015, 3(3): 187-97.

[17] 闫萍. 失能老人家庭照护者的社会支持研究: 基于北京市的分析[J]. 北京行政学院学报, 2019(3): 73-81.

[18] Riffin C, Van Ness P H, Wolff J L, et al. Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers[J]. J Am Geriatr Soc, 2019, 67(2): 277-283.

(本文编辑 韩燕红)

农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系构建

黎晓艳¹, 邹继华¹, 胡其英², 徐林燕¹, 高井全¹, 赵磊¹, 陶然¹

摘要:目的 构建农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系。方法 通过文献研究、半结构化访谈、实地调研、专家咨询及层次分析法, 确定农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标及各指标权重。结果 2 轮专家咨询问卷回收率分别为 100%、94.1%, 专家权威系数分别为 0.918、0.928, 肯德尔和谐系数分别为 0.201、0.242(均 $P < 0.05$)。最终形成的农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系包括 6 个一级指标、19 个二级指标、78 个三级指标。结论 构建的农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系具有较高的可靠性、合理性, 可为农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险识别和应对提供参考。

关键词: 农村; 老年人; 慢性病; 健康贫困; 脆弱性; 健康风险; 指标体系

中图分类号: R473.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.07.099

Construction of health poverty vulnerability risk index system for rural elderly chronic patients

Li Xiaoyan, Zou Jihua, Hu Qiyang, Xu Linyan, Gao Jingquan, Zhao Lei, Tao Ran. Department of Nursing, School of Medicine, Lishui University, Lishui 323000, China

Abstract: **Objective** To construct health poverty vulnerability risk index system for rural elderly chronic patients. **Methods** Through literature review, semi-structured interviews, on-site survey, expert consultation, and the analytic hierarchy, the health poverty vulnerability risk indicators and the weights of each indicator were identified for rural elderly chronic patients. **Results** The response rates of the 2 rounds expert consultation were 100% and 94.1%, the expert authority coefficients were 0.918 and 0.928, and the Kendall coordination coefficients were 0.201 and 0.242 (both $P < 0.05$). The final health poverty vulnerability risk index system for rural elderly chronic patients included 6 primary indicators, 19 secondary indicators, and 78 tertiary indicators. **Conclusion** The health poverty vulnerability risk index system for rural elderly chronic patients has good reliability and rationality, and it can provide references for identifying and coping with the health poverty and vulnerability risks for rural elderly chronic patients.

Keywords: rural; the elderly; chronic diseases; health poverty; vulnerability; health risks; index system

慢性病导致医疗负担增加和劳动力损失制约经

作者单位: 1. 丽水学院医学院护理学系(浙江 丽水, 323000); 2. 庆元县中医院医教科

黎晓艳: 女, 博士在读, 讲师, 1058300731@qq.com

通信作者: 邹继华, zoujihua@126.com

科研项目: 浙江省软科学研究计划项目(2023C35069)

收稿: 2023-11-04; 修回: 2023-12-27

济发展。我国有超过 3 亿慢性病患者, 其疾病总负担为 7.7 万亿美元^[1]。《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》指出, 以健康促进和健康管理为手段, 控制慢性病危险因素, 降低发病风险, 为实现共同富裕奠定坚实基础^[2]。老年人是慢性病高发人群, 我国老年慢性病人已达 2.64 亿^[3], 农村医疗资源匮乏, 医疗服务管理体系不完善等抑制了农村老年慢性

病患者对健康服务需求的可及性和可得性。农村老年慢性病患者健康意识淡薄,治疗依从性差,不良健康行为及心理状况使其存在较多健康风险^[4-5],易致健康能力剥夺和健康机会丧失,增加了“因病致贫、因病返贫”发生的概率^[6]。国外对健康贫困的定义:由于获得基本公共卫生服务不足、参与健康保障机会丧失和能力剥夺而造成的健康水平下降,从而带来收入减少和贫困产生^[7]。我国学者从风险角度来阐明健康贫困的概念,即指健康风险冲击致使健康能力剥夺和健康机会丧失而出现的一种贫困状态^[6]。健康贫困脆弱性风险在此基础上衍生,主要集中于风险理论^[8]框架下的健康贫困脆弱风险暴露增加,风险预防、应对及恢复能力不足,未能实现健康贫困脆弱风险分散和冲击缓释^[9],以及可行能力理论^[10]下的可行能力下降,健康复原力的缺失,健康冲击带来的健康、经济和社会层面脆弱性的链式反应^[11]。现有健康致贫相关研究多集中在事后补救,即依靠城乡居民医保、大病保险、医疗救助制度来分散和缓释健康贫困风险^[12-13]。未见研究关注健康贫困脆弱性人群和识别这一人群健康贫困脆弱风险致贫因子。故本研究构建农村老年慢性病患者健康贫困脆弱性风险指标体系(下称指标体系),旨在为识别农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险致贫因子,并制定干预措施提供参考。

1 资料与方法

1.1 成立课题研究小组 包括从事老年慢性病管理的教授、从事卫生经济学的副教授和三甲医院老年专科副主任护师各1名、高校护理学讲师3名。研究小组负责查阅文献、制定访谈提纲、确定访谈对象及函询专家、实施专家函询等。

1.2 确立指导理论 本研究以风险理论^[8]和可行能力理论^[10]为指导,从风险角度研究健康贫困脆弱是本研究的切入点,这源于健康风险发生是因病致贫、因病返贫链条的逻辑起点^[14]。健康贫困的风险因素包括人口学特征^[15]、健康状况^[16]和疾病应对方式等^[17]。一旦农村老年慢性病患者患病,医疗费用增加,耽误工作,使其健康贫困脆弱水平升高。可行能力是指人们有可能实现的各种功能性活动的组合^[13]。健康贫困脆弱人群具有机会丧失和能力剥夺的可能,农村老年慢性病患者收入单薄兼收入获取能力低下,限制了其参与医疗保障、卫生保健和享受基本公共卫生服务的机会,导致其健康水平下降及参与经济活动的能力被剥夺。两个理论从不同的角度诠释健康贫困脆弱性,即目标人群存在健康风险发生的概率或健康可行能力被剥夺的可能,易引发风险抵抗力下降,脆弱减缓能力薄弱,导致因病致贫、因病返贫的概率上升。两个理论结合有助于增加研究结果的普适性、可靠性和深度。

1.3 文献分析 英文检索词:rural; elderly, older

adults, aged; elderly patients with chronic diseases; health poverty, poverty caused by disease, return to poverty caused by disease; poverty vulnerability, health poverty vulnerability risk; characteristics of elderly patients with chronic diseases, health status, health behavior, health economic burden; medical resources。中文检索词:农村;老年;老年慢性病患者;健康贫困,因病致贫,因病返贫;贫困脆弱,健康贫困脆弱风险;老年慢性病患者特征,健康状况,健康行为,健康经济负担,复原力;医疗资源。分别检索PubMed、Cochrane、Embase、Web of Science、中国知网、万方、维普、CBM等数据库,检索时限自建库至2023年6月。同时,整合中国政府网站、中国扶贫办和国家卫生健康委等官方网站,对相关政策进行文件检索与整合,全面获取信息。

1.4 半结构访谈及主题分析法

1.4.1 访谈对象 样本量以信息饱和为原则。①农村老年慢性病患者的医疗卫生服务提供者,即农村乡镇卫生院管理者、医务工作者、卫生行政主管部门工作人员。入选标准:在该领域工作 ≥ 3 年;中级以上技术职称。最终访谈乡镇卫生院院长1名,乡镇卫生院注册医师及注册护士各3名,乡镇卫生局局长1名。②农村老年慢性病患者。入选标准:年龄 ≥ 60 岁;由医生明确诊断至少患有高血压、冠心病、糖尿病、关节炎、脑卒中、慢性支气管炎或COPD中的1种;能正常沟通;知情,愿意参与本研究。最终访谈农村老年慢性病患者10例(高血压2例、糖尿病2例、高血压合并冠心病1例、糖尿病合并脑卒中1例、脑卒中2例、骨关节炎1例、COPD1例)。

1.4.2 访谈提纲 医疗卫生服务提供者根据岗位不同调整:①您在老年慢性病患者开展工作中遇到的困难和问题有哪些?②哪些因素会影响老年慢性病患者就诊和随访?③农村医保的使用情况如何?农村老年慢性病患者根据疾病类别不同调整:①哪些原因会影响您去医院就诊?②哪些因素会影响您获得医疗机构健康信息和医疗服务信息?③您因病支出给经济上带来哪些影响?原因是什么?④请谈谈您的家庭基本生活情况、健康情况及目前的社会救助政策。

1.4.3 访谈及分析方法 研究者事先与被访谈人员约定访谈地点、时间。选择安静无干扰的环境,开展一对一半结构式访谈。征得访谈对象同意后,对访谈进行录音。每次访谈约1h,每位访谈者访谈1~2次。访谈结束后将访谈录音、现场记录转录为文本,采用主题分析法分析访谈资料。

1.5 实地调研 在浙江省丽水市所辖9个县中,每个县随机抽取1个乡镇,每个乡镇随机抽取3个自然村。总计调研27个自然村,286例老年慢性病患者。调研问卷参考中国健康与养老追踪调查^[18]、国家卫

生服务调查^[19]、健康行为能力自评量表^[20]设计。调研的主要内容包括农村老年慢性病患者的基本信息、健康状况、家庭收入与支出、生活方式、医疗卫生服务利用、健康保障、社会支持及心理健康。

1.6 初步拟定指标体系 在文献分析、半结构式访谈及实地调研的基础上,初步拟定的评价指标体系包括 6 个一级指标(人口学特征、健康状况、疾病应对能力、健康可行能力、健康保障、健康经济负担)、28 个二级指标和 90 个三级指标,形成第 1 轮专家函询表。

1.7 专家函询 函询专家纳入标准:①从事卫生管理、慢性病管理、卫生经济、健康贫困、医疗保障、相关政府部门等领域;②本科及以上学历;③副高级及以上职称;④工作时间≥15 年,有 5 年以上农村老年慢性病管理/扶贫政策研究或实践经验;⑤愿意参加函询。共纳入 17 名专家,年龄 38~62(51.94±7.64)岁,工作年限 15~42(30.23±9.68)年;职称为副高级 10 名,正高级 7 名;从事卫生管理 3 名,慢性病管理 4 名,卫生经济 2 名,健康贫困 4 名,医疗保障 2 名,扶贫政策研究 2 名。电子邮件方式函询 11 名专家,微信方式函询 6 名专家。共开展 2 轮函询,保留重要性赋值均数>3.5 且变异系数<0.25 的指标。

1.8 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件及 Yaahp7.0 软件进行数据录入和统计分析。专家积极系数用问卷有效回收率表示。专家意见集中程度用指标重要性赋值表示,专家意见的协调程度用变异系数和肯德尔和谐系数表示,检验水准 α=0.05。

2 结果

2.1 专家积极性 2 轮函询专家积极性分别 100%(17/17)和 94.1%(16/17)。共有 10 名专家提出意见与建议。

2.2 专家意见权威程度、协调程度 第 1 轮函询专家权威系数(Cr)、判断依据(Ca)、熟悉程度(Cs)分别为 0.918、0.953、0.882,第 2 轮分别为 0.928、0.959、0.897。2 轮专家函询的肯德尔和谐系数分别为 0.201、0.242(均 P<0.001)。

2.3 指标的修改和删减 第 1 轮专家函询后,根据指标纳入标准、参考专家意见及研究小组讨论,对指标进行修订,具体如下:①删除 10 个二级指标,增加 1 个二级指标;②删除 14 个三级指标,增加 3 个三级指标,将 2 个三级指标合并为 1 个。第 2 轮函询后,仅对部分指标进行文字修改,所有专家达成共识。最终形成的指标体系包括 6 个一级指标、19 个二级指标、78 个三级指标,见表 1。

3 讨论

3.1 构建农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标的意义 国内研究显示,农村老年慢性病患者医疗支出高于城市,相比没有患慢性病的老年人,患慢性病的老年人门诊、住院和总医疗支出分别增加 20.1%、11.5%和 13.0%,其家庭灾难性医疗支出发

生率提高 1.0%~2.3%^[21]。家庭中慢性病患者占比每增加 1%,贫困发生率增加 1.01 倍^[22],农村老年人所患慢性病种类每增加 1 种,陷入贫困的概率将增加 77.6%^[23]。农村老年慢性病患者的健康对家庭、社会以及健康乡村的可持续发展至关重要,健康扶贫应找到慢性病患者健康贫困脆弱生成的内外在根源,尽可能减轻健康风险冲击,并提高其抵御健康风险的能力。因此,构建指标体系有利于卫生管理部门识别农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险致贫因子,并采取针对性预防措施,斩断疾病与贫困之间的因果链,助力健康中国建设和发展。

表 1 农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标函询结果

指标	重要性 ($\bar{x} \pm s$)	变异 系数	权重
1 人口学特征	5.00±0.00	0.00	0.127 5
1.1 教育程度	4.75±0.58	0.12	0.212 6
1.1.1 小学及以下	4.50±0.52	0.11	0.308 0
1.1.2 初中	4.56±0.63	0.14	0.262 6
1.1.3 高中或中专	4.70±0.45	0.10	0.244 5
1.1.4 大专及以上	4.72±0.58	0.12	0.184 9
1.2 婚姻状态	4.81±0.40	0.08	0.134 9
1.2.1 已婚有配偶	4.62±0.72	0.15	0.300 0
1.2.2 丧偶	4.75±0.45	0.10	0.350 0
1.2.3 未婚/离异	4.69±0.70	0.15	0.350 0
1.3 居住情况	4.75±0.58	0.12	0.087 0
1.3.1 与配偶子女同住	4.69±0.74	0.15	0.160 0
1.3.2 与配偶同住	4.81±0.40	0.08	0.170 0
1.3.3 与子女同住	4.87±0.34	0.07	0.112 0
1.3.4 独居	5.00±0.00	0.00	0.311 8
1.3.5 住养老机构	4.87±0.33	0.07	0.246 2
1.4 收入来源	4.91±0.29	0.06	0.565 5
1.4.1 家庭转移性收入	4.62±0.62	0.13	0.483 6
1.4.2 自己劳动收入	4.73±0.47	0.09	0.349 3
1.4.3 退休工资	4.68±0.48	0.10	0.167 1
2 健康状况	5.00±0.00	0.00	0.200 0
2.1 身体	4.91±0.29	0.06	0.655 2
2.1.1 失能	4.68±0.62	0.13	0.156 8
2.1.2 患重病	4.81±0.43	0.09	0.350 0
2.1.3 多病共存	4.75±0.45	0.09	0.493 2
2.2 心理	4.68±0.48	0.10	0.172 0
2.2.1 焦虑	4.81±0.40	0.08	0.230 8
2.2.2 抑郁	4.75±0.57	0.12	0.230 8
2.2.3 孤独	4.68±0.48	0.10	0.197 1
2.2.4 病耻感	4.75±0.45	0.09	0.180 0
2.2.5 悲伤感	4.62±0.71	0.15	0.161 3
2.3 社会	4.75±0.45	0.09	0.172 8
2.3.1 代际关系	4.62±0.71	0.15	0.308 0
2.3.2 人缘关系	4.75±0.45	0.09	0.220 0
2.3.3 社交能力	4.81±0.40	0.08	0.250 0
2.3.4 社会适应	4.68±0.60	0.12	0.222 0
3 疾病应对能力	5.00±0.00	0.00	0.175 0
3.1 人力资本	4.68±0.62	0.13	0.167 0
3.1.1 劳动技能与经验	4.63±0.72	0.16	0.182 6
3.1.2 自理能力	4.75±0.45	0.09	0.387 4
3.1.3 自评健康	4.69±0.70	0.15	0.430 0
3.2 家庭资本	4.81±0.40	0.08	0.172 1
3.2.1 土地数量	4.75±0.68	0.14	0.152 3
3.2.2 家庭劳动力人数	4.81±0.54	0.11	0.253 2
3.2.3 子女数量	4.68±0.60	0.13	0.211 8
3.2.4 子女提供经济赡养	4.81±0.40	0.08	0.232 1
3.2.5 家庭关系	4.56±0.53	0.09	0.150 6
3.3 社会资本	4.81±0.40	0.08	0.154 1
3.3.1 社会关系	4.56±0.61	0.13	0.248 2
3.3.2 亲友数量	4.56±0.51	0.11	0.246 2
3.3.3 亲友对家庭经济支持	4.81±0.54	0.11	0.253 0
3.3.4 社会资源利用率	4.68±0.48	0.10	0.252 6
3.4 金融资本	4.75±0.57	0.12	0.181 0
3.4.1 持有的金融资产(如储蓄、股票、债券)	4.81±0.40	0.08	0.139 3

续表 1 农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标函询结果

指标	重要性 ($\bar{x} \pm s$)	变异 系数	权重
3.4.2 家庭年收入	4.93±0.25	0.05	0.359 5
3.4.3 有无负债	4.87±0.34	0.07	0.501 2
3.5 农村医疗资本	4.81±0.40	0.08	0.161 2
3.5.1 村卫生所数量	4.69±0.51	0.11	0.134 6
3.5.2 距县级医疗机构的距离	4.62±0.51	0.11	0.032 9
3.5.3 每千人口实际开放床位 数	4.75±0.37	0.07	0.172 4
3.5.4 医疗器械配置比例	4.87±0.34	0.07	0.033 3
3.5.5 医疗设施	4.81±0.40	0.08	0.093 0
3.5.6 诊疗水平	4.87±0.34	0.07	0.189 2
3.5.7 每千人口执业医师/护士 数量	4.93±0.25	0.05	0.172 3
3.5.8 大专及以上学历医护人 员占比	5.00±0.00	0.00	0.172 3
3.6 复原力	4.75±0.44	0.09	0.164 6
3.6.1 在疾病、困难中持乐观 态度,接纳变化	4.87±0.34	0.07	0.302 7
3.6.2 积极学习老年化的相关 知识,积极面对伴随老龄 化出现的逆境	4.81±0.40	0.08	0.394 6
3.6.3 不惧怕生理衰退	4.75±0.44	0.09	0.302 7
4 健康可行能力	5.00±0.00	0.00	0.147 5
4.1 健康参与	4.81±0.54	0.11	0.478 8
4.1.1 主动利用医疗卫生服务	4.75±0.44	0.09	0.271 6
4.1.2 主动利用社会支持	4.75±0.57	0.12	0.232 5
4.1.3 主动获取健康信息	4.81±0.40	0.08	0.234 5
4.1.4 有意识提高自身健康技 能和素养	4.67±0.70	0.15	0.261 4
4.2 医防融合	4.81±0.40	0.08	0.521 2
4.2.1 合理运动	4.75±0.57	0.12	0.142 8
4.2.2 有效睡眠	4.68±0.60	0.12	0.132 4
4.2.3 合理安排饮食与营养	4.62±0.71	0.15	0.132 4
4.2.4 定期健康体检	4.68±0.60	0.12	0.153 4
4.2.5 身体不适及时就医	4.81±0.54	0.11	0.152 8
4.2.6 定时、定量服药	4.75±0.44	0.09	0.143 0
4.2.7 定期监测与随访	4.75±0.44	0.09	0.143 2
5 健康保障	5.00±0.00	0.00	0.150 0
5.1 健康资源协同联动	4.75±0.45	0.09	0.490 0
5.1.1 组建医联体,互联互通	4.62±0.50	0.10	0.230 0
5.1.2 医联体区域内信息共享	4.68±0.70	0.14	0.173 0
5.1.3 双向转诊,分级诊疗	4.68±0.60	0.12	0.250 0
5.1.4 完善家庭医生签约服务 内容	4.68±0.60	0.12	0.174 0
5.1.5 创新基本公共卫生服务 方式	4.81±0.40	0.08	0.173 0
5.2 健康保险	4.81±0.54	0.11	0.510 0
5.2.1 农村合作医疗保险	4.87±0.34	0.06	0.351 2
5.2.2 商业医疗保险	4.75±0.57	0.12	0.304 4
5.2.3 其他补充医疗保险(如大 病医疗)救助	4.87±0.34	0.06	0.344 4
6 健康经济负担	5.00±0.00	0.00	0.200 0
6.1 直接医疗费用	5.00±0.00	0.00	0.721 8
6.1.1 门诊自费月均药费	4.87±0.34	0.06	0.157 2
6.1.2 住院自费月均药费	4.87±0.34	0.06	0.351 2
6.1.3 一次性大额医疗支出	4.94±0.25	0.05	0.491 6
6.2 直接非医疗费用	5.00±0.00	0.00	0.278 2
6.2.1 入住养老院每月可负担 的费用	4.87±0.34	0.06	0.333 4
6.2.2 每月请保姆/家政失能照 料费用	4.81±0.40	0.08	0.321 6
6.2.3 如将失能老年人送去长 期照护机构,每月可以负 担的费用	4.81±0.40	0.08	0.345 0

3.2 农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标具有合理性 本研究以风险理论^[8]和可行能力理论^[10]为指导,依据文献分析、半结构化访谈及实地调研结

果制定初始指标体系,具有坚实的理论与实践基础。采用德尔菲法完善指标体系,专家的选择是德尔菲法成败的关键。本研究根据研究领域专家资源的可及性,按照知识结构合理、专业特长互补的原则,遴选卫生管理、慢性病管理、卫生经济等相关领域的 17 名专家。通过 2 轮函询,依据统计分析方法对指标进行筛查,加之层次分析法对指标进行权重计算,继而提高研究的合理性。2 轮函询问卷回收率分别为 100%和 94.1%,表明专家较积极;2 轮函询专家权威系数均>0.7,专家可信度高;肯德尔和谐系数检验具有统计学意义,表明专家对指标的评判一致性尚可。

3.3 农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系内容分析 本研究最终指标体系较为全面涵盖了农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险内容。①人口学特征,其二级指标“收入来源”权重最高(0.565 5),三级指标“家庭转移性收入”权重最高(0.483 6)。可能因为农村老年慢性病的医疗支出需要收入作为物质保障,本研究群体因患病加之年龄因素无法外出务工,收入来源多为家庭转移性收入,即政府养老金、子女及亲戚给予的赡养金^[24]。②健康状况,其二级指标“身体”权重最高(0.655 2),三级指标“多病共存”权重最高(0.493 2),与国内外研究结果^[25-26]一致。王丽敏等^[25]发现,同时患有 2 种疾病的老年人超过 1/3,加之慢性病多伴有并发症,病程迁延,罹患多种慢性病使老年人门诊和住院次数增加,医疗开支剧增,导致老年慢性病患者成为“因病致贫”和“因病返贫”的脆弱风险人群。Rosbach 等^[26]的系统评价显示,经济负担是慢性病共病患者面临的主要治疗负担,经济负担过重的慢性病患者容易陷入贫困的风险。③疾病应对能力,其二级指标“金融资本”权重最高(0.181 0),三级指标“有无负债”权重最高(0.501 2),与国内外研究结果^[27-28]一致。刘颖^[27]发现,负债的家庭筹资难度越大,发生因病致贫、因贫致病和因病返贫的恶性循环风险越大。④健康可行能力,其二级指标“医防融合”权重最高(0.521 2),三级指标“主动利用医疗卫生服务”权重最高(0.271 6)。Silverman 等^[28]发现,患者对疾病增强预防和保健能力,能防止疾病恶化,降低健康开支,减少贫困的发生概率。《健康中国行动 2023 年工作要点》^[29]提出,加强慢性病患者健康管理,推进医防融合,提升服务质量。鼓励慢性病患者主动利用医疗卫生服务,有利于其健康能力的提升,自觉提高健康意识,关注生活中的健康贫困脆弱风险因素,阻断致贫不良结局^[6]。⑤健康保障,其二级指标“健康保险”权重最高(0.510 0),三级指标“农村合作医疗保险”权重最高(0.351 2),说明医疗保险作为疾病经济风险的保障载体,也与贫困脆弱性有一定的联系。学者指出,医疗保险对疾病冲击具有重要的保护功能,能够降低家庭陷入贫困的可能性^[11]。⑥健康经济负担,其二级指标“直接医疗费

用”权重最高(0.721 8),三级指标“一次性大额医疗支出”权重最高(0.491 6)。国内研究发现,农村老年慢性病患者本身因衰老、疾病不可避免的有医疗刚性支出,给家庭带来一定的经济负担,如果家中有正在接受教育的子女,加之一次性大额医疗支出,是健康贫困脆弱高风险人群,易发生支出型贫困^[30];国外研究发现,慢性病患者家庭的灾难性卫生支出率比非慢性病患者家庭高 6.7%^[31]。

4 结论

本研究以可行能力理论和风险理论为指导,通过文献研究、半结构式访谈、实地调研及专家函询,构建了农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险指标体系,构建方法较为科学、合理,内容较为全面。未来研究将以指标体系为框架,研制农村老年慢性病患者健康贫困脆弱风险测量问卷,为客观衡量该群体健康贫困脆弱风险水平及分析群体异质性提供量化标准和测量依据。

参考文献:

[1] Bloom D E, Chen S, Kuhn M, et al. The economic burden of chronic diseases: estimates and projections for China, Japan, and South Korea [J]. J Econ Ageing, 2020,17(6):22-23.

[2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 解读《中国防治慢性病中长期规划(2017—2025 年)》[J]. 中国实用乡村医生杂志,2017,24(3):2.

[3] 中华人民共和国国家统计局. 第七次全国人口普查公报(第五号)[EB/OL]. (2021-05-11)[2022-04-07]. http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202106/t20210628_1818824.html.

[4] 黎晓艳,邹继华,徐佳敏,等. 农村高血压患者居家安全风险现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2021,36(14):99-101.

[5] 蔡梦怡,李丽雯,赵凯,等. 农村慢性病高危人群健康素养与健康结局的关系研究[J]. 护理学杂志,2020,35(17):7-10.

[6] 翟绍果. 健康贫困的协同治理:逻辑,经验与路径[J]. 治理研究,2018,34(5):53-60.

[7] 陈迎春. 我国农村健康贫困及农村医疗保障制度理论与实践研究[D]. 武汉:华中科技大学,2005.

[8] 尼克拉斯·卢曼. 风险社会学[M]. 孙一洲,译. 南宁:广西人民出版社,2020:8-10.

[9] 刘跃,刘慧敏,李艾春,等. 健康贫困及健康贫困脆弱性内涵探析[J]. 医学与社会,2018,31(5):8-10.

[10] 阿玛蒂亚森. 衡量贫困的社会学[M]. 李强,译. 北京:中国人民大学出版社,1999:34-35.

[11] 韩峥. 广西西部十县农村脆弱性分析及对策建议[J]. 农业经济,2002(5):38-39.

[12] Huguet N, Hodes T, Liu S, et al. Impact of health insurance patterns on chronic health conditions among older patients[J]. Jam Board Fam Med,2023,36(5):839-850.

[13] 张仲芳. 精准扶贫政策背景下医疗保障反贫困研究[J]. 探索,2017(2):81-85.

[14] 翟绍果,严锦航. 健康扶贫的治理逻辑、现实挑战与路径优化[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版),2018,48(3):56-63.

[15] 高梦婷,杨娟,燕虹,等. 湖北省农村家庭灾难性卫生支出及其影响因素[J]. 中国卫生统计,2016(6):1008-1009.

[16] 韩静舒,谢邦昌. 中国居民家庭脆弱性及因病致贫效应分析[J]. 统计与信息论坛,2016,31(7):49-54.

[17] Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O, et al. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty [J]. Health Econ,2008,17(12):1393-1412.

[18] 北京大学国家发展研究院. 中国健康与养老追踪调查 2018 年追访问卷[EB/OL]. (2018-01-04)[2023-02-14]. <https://charls.charlsdata.com/pages/Data/2018-charls-wave4/zh-cn.html>.

[19] 卫生部统计信息中心. 中国卫生服务调查研究:第三次国家卫生服务调查分析报告[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2004:22-43.

[20] 胡蕴绮,周兰姝. 中文版健康行为能力自评量表的信效度研究[J]. 中华护理杂志,2012,47(3):261-262.

[21] 刘二鹏,张奇林,冯艳. 慢性病的老年贫困风险:理论机制与实证检验[J]. 保险研究,2020(11):63-78.

[22] Lan X, Zhou Z, Si Y, et al. Assessing the effects of the percentage of chronic disease in households on health payment-induced poverty in Shanxi province, China[J]. BMC Health Serv Res,2018,18(1):1-9.

[23] 于长永. 慢性病对农村老年贫困的影响研究:以新疆 11 地州市 31 县调查数据为例[J]. 西南民族大学学报(人文社科版),2018,39(3):1-8.

[24] 王维. 健康冲击与贫困户收入结构[J]. 吉林金融研究,2019(3):12-17.

[25] 王丽敏,陈志华,张梅,等. 中国老年人群慢性病患者状况和疾病负担研究[J]. 中华流行病学杂志,2019,40(3):277-283.

[26] Rosbach M, Andersen J S. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity: a systematic review of qualitative data[J]. PLoS One,2017,12(6):1-18.

[27] 刘颖. 农村贫困问题特点、成因及扶贫策略[J]. 人民论坛,2013(35):108-110.

[28] Silverman K, Holtyn A F, Jarvis B P. A potential role of anti-poverty programs in health promotion[J]. Prev Med,2016,92:58-61.

[29] 健康中国行动推进委员会办公室. 健康中国行动 2023 年工作要点[EB/OL]. (2023-03-02)[2023-05-06]. <http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s7788/202303/1a6c05141f9547768balf7792c0313d0.shtml>,2023-03-06.

[30] 左停,赵梦媛,苏青松. 聚焦贫困预防:基于贫困边缘人群和新生贫困人群的对策研究[J]. 贵州社会科学,2020,9:147-154.

[31] Datta B K, Husain M J, Husain M M, et al. Noncommunicable disease-attributable medical expenditures, household financial stress and impoverishment in Bangladesh[J]. SSM Popul Health,2018,6:252-258.